

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00940 vom 4. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00940

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00940 du 4 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00940 del 4 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Die Beschwerdegegnerin stellte sich - insbesondere gestützt auf das Gutachten des Z. ___ vom 24. September 2007, die ergänzenden Ausführungen vom 28. Mai 2008 und die Stellungnahmen des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD; Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Neurologie) vom 19. Dezember 2007 und vom 14. Juli 2008 - auf den Standpunkt, der Beschwerdeführerin sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit wie beispielsweise die einer Warenauszeichnerin, aber auch eine Tätigkeit im Kontroll-, Überwachungs- oder Montagebereich mit gewissen Einschränkungen (keine Nacharbeit, Gelegenheit zu Ruhepausen) zu 100 % zumutbar (Urk. 2). Die Beschwerdeführerin lässt dagegen vorbringen, das Gutachten des Z. ___ vom 24. September 2007 erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage nicht und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1).

E. 3

3.1 Der Psychiater Dr. A. ___, bei dem die Beschwerdeführerin seit Januar 2006 in Behandlung steht, ging in seinem Bericht vom 18. April 2006 von einer Belastungs- und Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) und auffälligen Persönlichkeitszügen aus. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 24. Dezember 2004 von ihrem damaligen Hausarzt intermittierend als zwischen 25 und 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit dem 26. Oktober 2005 bis auf Weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/12/5). Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und aktueller Hausarzt der Beschwerdeführerin, sprach in seinem Bericht vom 16. Mai 2006 von einem massiven depressiven Zustandsbild mit Verdacht auf Burnout-Syndrom nach beruflicher Überforderung und Konfliktsituation. Im Vordergrund hätten Gedächtnisstörungen mit Vergesslichkeit und die Unfähigkeit, auch zu Hause die einfachsten Hausarbeiten durchzuführen, gestanden. Zudem sei das Kurzzeitgedächtnis angeschlagen. An eine berufliche Tätigkeit mit etwas Verantwortung sei nicht zu denken. Es dränge sich eine spezialärztliche Abklärung auf (Urk. 9/14/3).

3.2 Die Klinik für Akutgeriatrie (Memoryklinik) des Spitals B. ___ diagnostizierte im Bericht vom 31. Oktober 2006 ein Mild Cognitive Impairment unklarer Genese mit/bei Differentialdiagnose Status nach Belastungssituation, depressiver Stimmung, Angststörung. Im Status, laborchemisch und im MRI des

Schädels hätten jedoch keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Eine Verlaufskontrolle sei indiziert (Urk. 9/41/3). Die Interpretation der Testergebnisse sei angesichts der Schulbildung der Beschwerdeführerin schwierig. Zudem habe eine über Jahre stressige Arbeitsbelastung zu psychischen Störungen (Depression, Angst und möglicherweise auch Zwangssymptomatik) geführt. Auch psychische Störungen könnten die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen. Aufgrund der Gedächtnisstörung wurde ein Wechsel des Antidepressivums von Tricyklica auf SSRI angeregt, um damit möglicherweise die Angstproblematik ebenfalls positiv beeinflussen zu können. Auch wurde die Weiterführung der Psychotherapie empfohlen (Urk. 9/41/4).

3.3.3.3. Dem Z.____-Gutachten vom 24. September 2007 (Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine ziemlich traumatisierende Kindheit und Jugend hatte. Zuletzt habe sie bis zu ihrer krankheitsbedingten Kündigung als Warenauszeichnerin gearbeitet. Hier scheine es dann aufgrund von Reorganisation und Umstrukturierung zu einer zunehmenden Arbeitsbelastung gekommen zu sein. Es sei ein psychisches Zustandsbild entstanden, das mit traurig-freudlosen Verstimmungszuständen, subjektiv empfundenen Konzentrationsproblemen und Schlafstörungen verbunden sei. Diagnostisch sei eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) ausgewiesen. Zwar würde die Beschwerdeführerin sehr plastisch Beschwerden, Symptome und Behinderungen schildern. Diese Beschwerden liessen sich jedoch weder durch psychiatrische Verhaltensbeobachtungen noch anhand der Ergebnisse der Beschwerdevalidierungstests beziehungsweise der damit zusammenhängenden Beobachtungen des Verhaltens während der Testung validieren (Urk. 9/19/15). Akzentuiert würden die Erlebnisse vermeintlich kognitiver Gestörtheit durch episodisch auftretende atypische paroxysmale Ängste und Angstäquivalente, die allerdings nicht den Schweregrad einer Panikattacke erreichten. Somit könnten die Schilderungen der Beschwerdeführerin bezüglich des enormen Ausprägungsgrades ihrer Störungen nicht nachvollzogen werden. Durch die Schlafstörungen, die zeitweilig depressiv getunte Befindlichkeit, das häufige Insuffizienzerleben und die gelegentlichen leichtgradigen Angstattacken sei eine leichtgradig ausgeprägte Belastbarkeitsverminderung evident (Urk. 9/19/16). In der zusammenfassenden Beurteilung des Z.____-Gutachtens wird angeführt, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen (Urk. 9/19/21).

3.4. Der behandelnde Psychiater Dr. A.____ nahm in seinem Bericht vom 13. März 2008 Stellung zum Gutachten des Z.____ und hielt dabei im Wesentlichen fest, es werde eine für die Fragestellung höchst relevante, aktenkundige Verhaltensbeobachtung (er habe die Beschwerdeführerin bei deren drittem Besuch in seiner Praxis zufällig im Treppenhaus angetroffen, als sie verzweifelt nach dem nicht vorhandenen Lift gesucht habe und drauf und dran gewesen sei, das Haus wieder zu verlassen, anstatt die Treppe in das 1. OG zu nehmen; Urk. 9/37/3) des behandelnden Psychiaters ignoriert. Das Gutachten des Z.____ komme zu diagnostischen Schlüssen, die nur schwer nachvollziehbar seien. Eine diagnostische Einordnung der geklagten Beschwerden werde nicht einmal ansatzweise versucht und das Gutachten stütze sich in seiner Schlussfolgerung (100%ige Arbeitsfähigkeit) praktisch ausschliesslich auf einen

einzigem Befund, nämlich auf eine abgebrochene psychologische Testung und die dabei gemachte Verhaltensbeobachtung, aufgrund derer die Beschwerden angeblich nicht validiert werden konnten (Urk. 9/37/2). Die Beschwerdeführerin aber zeige in der Testsituation exakt jene Schwierigkeiten, die sie im Alltag zu haben angebe (Urk. 9/37/4). Aggravation, also bewusste Verstärkung der vorhandenen Beschwerden oder Symptome könne nicht völlig ausgeschlossen werden, sei aber in hohem Masse unwahrscheinlich. Die Symptome und Beeinträchtigungen wirkten in keiner Weise **demonstrativ**; ganz im Gegenteil seien sie der Beschwerdeführerin peinlich, sie schämte sich ihrer Unzulänglichkeiten und versuche sie vor andern nach Möglichkeit zu verbergen. Seines Erachtens müsste sich ein Gutachter ernsthaft darum bemühen, den subjektiven und objektiven Schweregrad der Beeinträchtigungen zu erfassen und in ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen. Das sei im Z. ___-Gutachten nicht geschehen (Urk. 9/37/5). Die durch das Z. ___ erhobene Diagnose der Dysthymia werde nicht einmal der emotionalen Labilität der Beschwerdeführerin gerecht. Die Versicherte leide entweder an einer hirnganisch bedingten oder einer psychogenen Störung, die es ihr verunmöglichliche, selbst den geringsten Belastungen im Alltag standzuhalten. Sie sei kognitiv von den minimsten Anforderungen überfordert und es unterliefen ihr täglich, ja fast stündlich Fehlleistungen (Ungeschicklichkeiten, Fehltritte, Vergessen, Verlegen), die zum Teil banale, zum Teil aber auch gefährliche Auswirkungen hätten (Brandgefahr im Haushalt, Unfallgefahr im Strassenverkehr als Fussgängerin oder Benutzerin der öffentlichen Verkehrsmittel). In ihrer Gesamtheit würden deren Störungen stark an ein dementielles Syndrom erinnern, das bis anhin jedoch nicht habe nachgewiesen werden können. Sollte ein solches ausgeschlossen werden können, müsste man von einem pseudodementiellen Syndrom sprechen, bei welchem die Hirnleistungsstörung auf psychogener Grundlage, ohne bewusstes Zutun des Betroffenen, gewissermassen vorgetäuscht oder verstärkt werde. In einem gewissen Sinne wirke die Beschwerdeführerin **traumatisiert** und reagiere in mancher Hinsicht wie eine traumatisierte oder eben wie eine hirnganisch geschädigte Person. Ihre Lebensgestaltung und -qualität, der Aktionsradius und nicht zuletzt die Arbeitsfähigkeit seien in mittlerem bis hohem Masse eingeschränkt (Urk. 9/37/6). Das Gutachten des Z. ___ ziehe weder aus den eigenen Erhebungen noch aus extensiv zitierten Akten angemessene Schlüsse. Die Störungen würden weder diagnostisch noch in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ernsthaft untersucht. Der Schluss, dass die schwer gestörte Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig sei, mude **grotesk** an (Urk. 9/37/7).

3.5 Dr. med. G. ___, Facharzt für Innere Medizin und Chefarzt am Z. ___, ergäuzte auf Ersuchen der IV-Stelle das Z. ___-Gutachten am 28. Mai 2008 dahingehend, dass bei den Ergebnissen der neuropsychologischen Abklärung im Spital B. ___ eine Vortäuschung neuropsychologischer Defizite im Sinne einer Simulation oder Aggravation nicht habe ausgeschlossen werden können. Sie könnten nicht berücksichtigt werden, da keine Symptomvalidierungstests durchgeführt worden seien. Bei den Ergebnissen, welche die Beschwerdeführerin bei diesen Tests am Z. ___ (Green Word Memory Test; Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest) erreicht habe, sei statistisch gesehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei ihr eine deutlich reduzierte Motivation bei der Aufgabenbearbeitung vorgeherrscht habe. Es sei von einer weiteren, vertiefenden testdiagnostischen Abklärung abgesehen worden, da die Testergebnisse überwiegender wahrscheinlich nicht den aktuellen Stand der kognitiven

Fähigkeiten der Beschwerdeführerin widerspiegeln (Urk. 9/43/1).

3.6. Der RAD folgte in seinen aufgrund der Akten verfassten Stellungnahmen vom 19. Dezember 2007 und vom 4. Juli 2008 vollumfänglich dem Gutachten des Z. ___ und der zusätzlichen Stellungnahme von Dr. G. ___ und führte gestützt darauf aus, sowohl in bisheriger Tätigkeit als Warenauszeichnerin als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die durch das Z. ___ empfohlenen Einschränkungen zu berücksichtigen seien (Urk. 9/25; Urk. 9/46/3).

E. 4

4.1. Für die Annahme einer grundsätzlich vollen Arbeitsfähigkeit spricht etwa der Umstand, dass eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), wie sie vom Z. ___ diagnostiziert wurde, wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen kann, führt sich allein aber nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_481/2008, Erw. 3.2.1 mit Hinweisen). Auch ist die vom behandelnden Psychiater festgestellte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) im Lichte der klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertiges, potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C_636/2007, Erw. 3.2.3). Hingegen bleibt unklar, wie es sich mit den von der Versicherten angegebenen Beschwerdesymptomen und Behinderungen verhält, welche zunächst an schwerwiegende kognitive Defizite denken liessen, von den Z. ___-Gutachtern aber nicht nachvollzogen werden konnten (Urk. 9/19/15, Urk. 9/19/23).

4.2. Die der Erfassung von Simulation und Aggravation dienenden Symptomvalidierungstests (Urk. 9/43/2; kritisch allerdings Räsch/Meichtry/Schaffert/Kool, Mehr Objektivität und Effizienz durch Beschwerdevalidierungstests ?, in: Soziale Sicherheit CHSS 2/2009, S. 117 ff.) wiesen laut Z. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine deutlich reduzierte Motivation der Versicherten bei der Aufgabenbearbeitung hin, was grundsätzlich insofern von Bedeutung ist, als die Verwertbarkeit neuropsychologischer Untersuchungen in hohem Masse von der Motivation eines Probanden abhängig ist, sein tatsächliches Leistungsvermögen in der Untersuchungssituation zu offenbaren (Urk. 9/19/28 f.). Doch waren in der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals B. ___ neuropsychologische Befunde erhoben worden (Urk. 9/41/3), die nicht schon deshalb als irrelevant (vgl. Urk. 9/19/16, Urk. 9/19/20, Urk. 9/19/23 und Urk. 9/43/1) bezeichnet werden können, weil keine Validierungstests durchgeführt wurden. Dies gilt umso mehr, als eine Nachuntersuchung von Ende 2008 (vgl. BGE 121 V 362 Erw. 1b in fine) zwar keine sicheren Anhaltspunkte für ein dementielles Syndrom ergeben hat, jedoch erneut Beeinträchtigungen in den Bereichen geteilte Aufmerksamkeit und Gedächtnis festgestellt worden sind und die Versicherte einen einfachen Symptomvalidierungstest dort gut gelöst beziehungsweise ihr Verhalten in der Testsituation nicht auf Aggravationstendenzen hingewiesen hat (Urk. 12). Unter diesen Umständen stellt das Z. ___-Gutachten keine hinreichende medizinische Grundlage für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung dar.

4.3. Noch weniger kann auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. A. ___ (Urk. 9/37) abgestellt werden, der sich in weiten Teilen in der Kritik am Z. ___-Gutachten erschöpfte und namentlich keine eigenen präzisen Angaben zu Befunderhebung und Diagnose enthielt. Dr. A. ___ berichtet zwar von durchaus

bemerkenswerten Verhaltensbeobachtungen (Urk. 9/37/4 f.), beschränkt sich aber vor allem auf die Wiedergabe der von der Versicherten geschilderten Fehlleistungen im Alltag und räumt selber ein, in den Bereichen Testpsychologie und Versicherungspsychiatrie nicht bewandert zu sein (Urk. 9/37/1). Die Sache ist daher zur weiteren Abklärung, vorzugsweise in stationärem Rahmen, an die Verwaltung zurückzuweisen.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. Juli 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.